

PROGRAMA DE MEDICINA A

1. FUNDAMENTOS

El proceso de enseñanza en medicina debe tener como objetivo central el aprendizaje de la problemática de la persona enferma. En vinculación a Medicina A, la base que permitirá arribar tal instancia tendrá una integración de los conocimientos del ciclo básico con los semiológicos. Para operativizarla, se aplicarán los contenidos de Anatomía, Patología y Fisiología al reconocimiento e interpretación de los signos y síntomas en la construcción de los principales síndromes.

La empatía que simultáneamente se pone de manifiesto en el acto médico, aquello imperceptible, pero que define la resultante diagnóstica y su orientación terapéutica, estará incluida desde un principio en la didáctica, para amalgamar y finalizar los cuadros clínicos. En este sentido, los conceptos de la patología funcional serán incorporados en la etapa inicial de la materia.

La formación del médico que reconoce íntegramente a su paciente, al que interpreta y contiene en forma proporcional y paralela a sus aspectos psicogénicos, forma parte de la plataforma que fundamenta este programa.

La problemática epidemiológica y social también son instancias que se incorporarán como elementos de la Historia Clínica, de modo que la construcción del pensamiento del médico esté orientada a la prevención.

El proceder médico, incluye la sumatoria de todos los ítems mencionados. Afianzar el aprendizaje de los mismos será a través de casos clínicos que permitan reconocer, integrar y analizar los datos, de modo reflexivo con la construcción de hipótesis que promuevan al pensamiento científico.

El incremento de la sobrevida con los avances técnicos trae aparejado pacientes que tienen patologías irreversibles, no necesariamente cancerígenas, donde la intervención del médico debe paliar sus síntomas, para optimizar la calidad de vida. Por tal motivo, con las patologías psicosomáticas, forman hoy el pool mayor de enfermedades, para las cuales se debe orientar una fracción en la formación de los alumnos.

En este sentido la ética médica debe tener su participación en la anamnesis y su proyección a futuro. La interacción del médico con sus colegas también establece la necesidad de esta disciplina

En síntesis, un cambio en la enseñanza se gesta de la mano con los avances científico - técnicos que sustentan el cambio epidemiológico y clínico. Para ello, nuestros alumnos deben recibir cambios en la formación, centrada en el paciente, que le permitan comprender sus necesidades, poder prevenir enfermedades y "ayudar al buen morir", abrazando desde la ética médica la relación médico paciente.



2. OBJETIVOS

Objetivos generales del programa asignatura Medicina A:

- 1-Adquirir los conocimientos teórico prácticos para confeccionar una Historia Clínica.
- 2-Integrar los conocimientos del ciclo básico en la confección e interpretación de los síndromes semiológicos.
- 3-Identificar en el proceso del interrogatorio los signos psicofísicos integrados a la anamnesis.
- 4-Ejercitar de forma empática la anamnesis y reconocer la patología psicosomática o funcional.
- 5-Reconocer dichos hallazgos en el examen físico.
- 6-Adquirir las consignas iniciales para la medicina preventiva con bases en la anamnesis.
- 7-Identificar los factores de riesgo epidemiológicos que intervienen en la patología cardiovascular.
- 8-Reconocer las bases fisiopatológicas e integrarlas a la Semiología.
- 9-Adquirir la interpretación semiológica integrada a la fisiopatología para construir hipótesis clínicas como fundamento del pensamiento científico.
- 10-Adquirir las bases éticas para implementarlas en los inicios del acto médico.
- 11-Reconocer patologías irreversibles a través de la historia clínica y ejercitar los aspectos clínicos integrados a la ética médica.

Objetivos Específicos programa asignatura Medicina A:

La materia Medicina A se asienta sobre cuatro pilares fundamentales que son la Semiología, la Fisiopatología, la Semiología y la Propedéutica.

El objetivo específico de la materia Medicina A, es adquirir las competencias para elaborar el esquema de contenido de la Historia Clínica, ya que, como se ha dicho anteriormente, es el momento apropiado para que un futuro médico inicie una orientación en la confección de la misma.

La Historia Clínica en Medicina A tiene como pilares el abordaje semiológico basado en el Interrogatorio, el Examen Físico y el Examen del estado mental: signos y síntomas, los cuales permitirán al alumno comprender la elaboración de los grandes síndromes.



Para que la relación médico paciente se incorpore a la dinámica del ejercicio médico como proceso inherente a la confección de la historia clínica, y nexos con el contexto biopsicosocial, que orienta desde un principio al alumno como ente contenedor, es necesario que, durante el desarrollo de la materia Medicina A, el educando tenga un constante contacto con los pacientes.

En el final de la vida la atención paliativa del modelo centrado en la persona significa que el aprendizaje está basado en la autonomía del paciente con su entorno de vulnerabilidad y dependencia.

El estudiante debe incorporar el principio de la dignidad, que nos iguala como personas, del respeto de la intimidad y de la equidad.

3. CONTENIDOS GENERALES

I. Semiología general

1. Clase inaugural con esquema operativo del cuatrimestre. Historia Clínica: Anamnesis.
2. Relación Médico-Paciente y Bioética. Comunicación empática
3. Psicosemiología: Evaluación de los síntomas y signos que expresen los diferentes síndromes con bases psicopatológicas.
4. Dolor: Clasificación, fisiopatología. Evaluación multidimensional. Dolor agudo y crónico
5. Facies, actitud, decúbito, marcha.
6. Disnea: Clasificación, fisiopatología.
7. Exploración de la piel, faneras y tejido celular subcutáneo.
8. Cianosis y Estados de Hidratación Clasificación, fisiopatología.
9. Síndrome febril: etiopatogenia, reactantes de fase aguda.
10. Exploración del sistema linfoglándular.
11. Exploración del sistema osteoarticular: cabeza y cuello, raquis, miembros.
12. Exámenes complementarios: no invasivos e invasivos
13. El final de la vida: evaluación de las necesidades de atención paliativa basadas en el modelo de atención integral centrado en la persona

II. Semiología del aparato respiratorio.

1. Semiología del paciente pulmonar: disnea, dolor, cianosis, tos.
2. Inspección, palpación y percusión del tórax. Auscultación del pulmón.
3. Diagnóstico por imágenes en aparato respiratorio.
4. Exploración funcional del pulmón: volúmenes pulmonares, difusión, ventilación, curvas flujo-volumen.
5. Síndromes bronquiales y de condensación.



6. Síndromes pleurales: inflamatorios, infiltrativos, mecánicos.
7. Neumotórax. Enfisema pulmonar.
8. Síndrome de insuficiencia respiratoria: aguda y crónica.
9. El laboratorio en el enfermo pulmonar: esputo, gases en sangre, el medio interno en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
10. Métodos auxiliares de diagnóstico: mediastinoscopia, biopsias de pulmón y de pleura.
11. Síndromes mediastinales. Exploración del diafragma.

III. Semiología cardiovascular

1. Semiología del enfermo cardíaco: dolor, disnea, edema, tos.
2. Semiología del enfermo vascular, arterial y venoso: dolor, trastornos funcionales, isquemia tisular.
3. Pulso arterial. Presión arterial.
4. Ruidos cardíacos. Soplos cardíacos.
5. Síndrome de insuficiencia coronaria y síndrome pericárdico.
6. Registros gráficos: E.C.G. normal, de sobrecarga y de isquemia.
7. Síndrome de insuficiencia cardíaca.
8. Síndrome de hipertensión arterial: fisiopatología, clasificación, metodología diagnóstica.
9. Síncope: mediadores, fisiopatología. Hipotensión ortostática.
10. Síndromes de estenosis e insuficiencia aórtica.
11. Síndromes de estenosis e insuficiencia mitral.
12. Síndromes de estenosis e insuficiencia tricuspídea y pulmonar. Hipertensión pulmonar.
13. Laboratorio de cardiología. Ecocardiograma y Eco-Doppler.
14. Registro gráfico: arritmias. Muerte súbita.

IV. Semiología del aparato digestivo

1. Anamnesis del paciente con enfermedad digestiva. Dolor abdominal.
2. Examen físico del abdomen: inspección, palpación, percusión, auscultación y proyección de vísceras.
3. Examen de las vísceras abdominales: hígado, bazo y vísceras huecas. El diagnóstico por imágenes de las mismas.
4. Semiología del esófago. Valor de los exámenes complementarios.
5. Semiología del estómago y duodeno: síndrome ácido-sensitivo.
6. Semiología del intestino delgado y grueso. Síndromes rectoanales.
7. Constipación e íleo. Diarreas. Síndrome de mala absorción: prueba de Van de Kamer, test de absorción.
8. Hemorragias digestivas: fisiopatología y metodología diagnóstica.
9. El laboratorio en síndromes gastroenterológicos: hepatograma, marcadores virales, examen de materia fecal.



10. Ictericias, clasificación, diagnóstico diferencial.
11. Síndrome de hipertensión portal. Síndrome ascítico edematoso. Síndrome de insuficiencia hepática.
12. Semiología de la vía biliar. Colecistopatías. Síndrome coledociano.
13. Síndromes pancreáticos.

V. Semiología del riñón y de las vías urinarias.

1. Anamnesis del enfermo renal: dolor renal. Examen de orina: el sedimento urinario. Hematurias.
2. Exploración de la función renal: el examen de orina, concentración, dilución, filtración glomerular.
3. Imágenes en nefrología: ecografía, radiología, tomografía, resonancia.
4. Síndrome nefrítico.
5. Síndrome nefrótico.
6. Síndrome de insuficiencia renal aguda.
7. Síndrome de insuficiencia renal crónica.
8. Síndrome de infección del tracto urinario.
9. El medio interno en nefrología.

VI. Semiología de los órganos hematopoyéticos.

1. Síndrome anémico: fisiopatología, clasificación.
2. Anemias hipocrómicas y megaloblásticas.
3. Síndrome hemolítico. Anemias por insuficiencia medular.
4. Poliglobulia: clasificación. Leucocitosis y leucopenias.
5. Síndromes mieloproliferativos.
6. Síndromes linfoproliferativos.
7. Síndromes hemoragíparos.
8. Síndromes disproteinémicos.

VII y VIII. Semiología endocrinológica y del metabolismo.

1. Exploración del eje hipotálamo-hipofisario: hiperfunción e hipofunción hipofisaria.
2. Exámenes complementarios.
3. Síndrome de hiperfunción tiroidea. Examen físico de la glándula tiroides. Exámenes complementarios.
4. Síndrome de hipofunción tiroidea. Exámenes complementarios.
5. Síndromes de hipo e hiperfunción adrenal. Exámenes complementarios.
6. Síndrome hiperglucémico. Síndrome hipoglucémico. Exámenes complementarios.
7. Síndromes hipercalcémico e hipocalcémico.



IX. Semiología del sistema nervioso central.

1. Anamnesis. Facies. Actitud. Decúbito. Marcha.
2. Exploración de la motricidad y de la fuerza.
3. Exploración de: tono muscular, tropismo, taxia y praxia.
4. Exploración de los reflejos. Movimientos involuntarios.
5. Exploración del lenguaje.
6. Exploración de la sensibilidad.
7. Exploración de los pares craneanos.
8. Síndrome de hipertensión endocraneana. Síndrome meníngeo. Líquido cefalorraquídeo.
9. Síndrome piramidal. Síndrome extrapiramidal. Mostración de imágenes.
10. Síndromes de tronco cerebral. Síndrome cerebeloso.
11. Exámenes complementarios.

X. Semiología del estado mental (Psicosemiología)

1. Observación: Aspecto y conducta
2. Exploración de:
 - a) Procesos cognitivos básicos: atención y concentración
memoria
orientación
nivel de inteligencia
claridad de conciencia
 - b) Afectividad: estado de ánimo predominante
 - c) Pensamiento y lenguaje
 - d) Capacidad de introspección y juicio de realidad
3. Síndromes: depresivo, ansioso, psicótico, demencial, oligofrénico.

4. CONTENIDOS ESPECÍFICOS

1. *Unidad Temática: El paciente en la entrevista médica*

Objetivos Teóricos

1. Describir los componentes de la historia clínica.
2. Comprender la importancia del Enfoque biopsicosocioambiental y de la Calidad de Vida.
3. Explicitar la metodología lógica del proceso diagnóstico.
4. Conocer los procedimientos básicos del examen físico.
5. Incorporar los conceptos de sensibilidad, especificidad y cociente de probabilidad.
6. Descubrir la diferencia entre la semiología basada en la persona y la semiología basada en la enfermedad. Modelo de atención integral y Atención paliativa.
7. Incorporar el concepto de la semiología como lógica de la medicina y no sólo como gramática.



8. Jerarquizar la relación médico-paciente.
9. Comunicación empática y compasiva. Conocer el Derecho a la información

Habilidades y destrezas

10. Incorporar estrategias de comunicación y empatía. Identificar necesidades y problemas psico-orgánicos.
11. Reconocer los hallazgos que componen la impresión general del paciente.
12. Realizar la semiología del tejido celular subcutáneo y sistema linfático y venoso y la semiología de las funciones psíquicas

Actitudes

13. Asumir una actitud respetuosa y comprensiva hacia el paciente y su familia en la realización de todo acto médico.
14. Ajustar la anamnesis a las características psicosociales del paciente.
15. Cuidar la integridad física y respetar la intimidad del paciente durante la elaboración de la historia clínica.

2. Unidad Temática: El paciente con síntomas y signos generales

Objetivos Teóricos

1. Reconocer las diferencias entre reumatismo psicógeno, inflamatorio y mecánico.
2. Descubrir la diferencia entre el edema de origen inflamatorio y no inflamatorio, y su fisiopatología.
3. Describir las imágenes radiográficas de la artropatía inflamatoria y la degenerativa.
4. Incorporar el concepto de laboratorio necesario y suficiente en reumatología.
5. Conocer las artropatías más frecuente en reumatología.
6. Describir las causas más frecuente de pérdida y ganancia ponderal.
7. Explicitar la metodología de estudio en un paciente con astenia.
8. Incorporar los conceptos de la fisiopatología del dolor agudo y crónico
9. Reconocer el síndrome febril como emergente de enfermedad subyacente.

Habilidades y destrezas

10. Conocer las distintas maniobras en la exploración de las articulaciones periféricas y axiales.
11. Reconocer las manifestaciones extra-articulares en las artropatías inflamatorias.
12. Realizar la aproximación diagnóstica por medio de la semiología en los grandes síndromes reumatológicos.
13. Realizar la semiología del síndrome edematoso.
14. Identificar los hallazgos semiológicos del paciente con sobrepeso y obesidad.
15. Incorporar los elementos del examen físico para el reconocimiento del paciente asténico.



16. Reconocer los hallazgos que integran el síndrome febril.
17. Realizar las distintas maniobras que cuantifiquen la sensibilidad al dolor. Evaluación multidimensional

Actitudes

18. Adoptar una actitud comprensiva frente al paciente con dolor crónico.
19. Desarrollar habilidades de comunicación que faciliten la interacción con el paciente, generen contención emocional y provean bienestar.

3. Unidad Temática: El paciente con dolor torácico anterior

Objetivos Teóricos

1. Distinguir las causas y realizar los diagnósticos diferenciales del dolor torácico anterior.
2. Caracterizar la cardiopatía isquémica y proyectar las conductas terapéuticas
3. Analizar y jerarquizar los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica
4. Diagnosticar el infarto agudo de miocardio
5. Identificar las principales afecciones del pericardio
6. Seleccionar e interpretar los exámenes complementarios de la cardiopatía isquémica
7. Reconocer los hallazgos electrocardiográficos de la cardiopatía isquémica

Habilidades y destrezas

8. Examinar el pulso arterial y venoso
9. Distinguir e interpretar las alteraciones
10. Efectuar la anamnesis de un paciente con dolor torácico
11. Reconocer el electrocardiograma normal
12. Reconocer los hallazgos electrocardiográficos de la cardiopatía isquémica

Actitudes

13. Valorar el componente de angustia y temor en el paciente con enfermedad cardíaca.
14. Identificar la importancia de los hábitos y estilo de vida como determinante de las enfermedades cardiovasculares.
15. Valorar la importancia y oportunidad de los exámenes complementarios en el paciente con dolor torácico.

4. Unidad Temática: El paciente con Hipertensión Arterial, hipotensión y síncope

Objetivos Teóricos

1. Definir y clasificar la hipertensión arterial según el 7º Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (7º JNC).
2. Diferenciar la hipertensión esencial de las secundarias.



3. Diferenciar urgencia de emergencia hipertensiva.
4. Reconocer la hipertensión refractaria.
5. Comprender los mecanismos fisiológicos que intervienen en la regulación de la presión arterial y los fisiopatológicos involucrados en la hipertensión. A través de los mismos comprender los principios farmacológicos de los distintos antihipertensivos.
6. Comprender la estrecha vinculación entre la hipertensión arterial y los demás factores de riesgo de aterogénesis.
7. Clasificar al enfermo según la escala de riesgo del 7º JNC y la ESH.
8. Definir daño de órgano blanco.
9. Utilizar los exámenes complementarios según el costo-beneficio a obtener.
10. Adquirir la información necesaria destinada a la prevención de la enfermedad y de los factores de riesgo acompañantes.
11. Definir e identificar los distintos tipos de síncope.
12. Considerar a la historia clínica como el principal instrumento para el diagnóstico presuntivo de los distintos tipos de síncope.
13. Analizar Trabajos Científicos.

Habilidades y destrezas

14. Realizar el examen físico integral del paciente hipertenso
15. Realizar la inspección, palpación y percusión del tórax.
16. Aprender a determinar la presión arterial.

Actitudes

17. Adquirir el concepto de hipertensión de "guardapolvo blanco".

5. Unidad temática: El paciente con disnea de causa cardíaca

Objetivos Teóricos

1. Interpretar el síntoma disnea.
2. Identificar el síndrome de Insuficiencia cardíaca (IC).
3. Analizar los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la IC y proyectar conductas terapéuticas.
4. Reseñar la etiología, las formas de presentación y la clínica de la endocarditis infecciosa.
5. Reconocer los hallazgos radiológicos y ecocardiográficos de la IC.
6. Reconocer la insuficiencia vascular periférica y proyectar conductas diagnósticas.

Habilidades y destrezas

7. Realizar la semiología cardiovascular e integrar conocimientos.
8. Visualizar Rx de tórax normales y patológicas del aparato cardiovascular.



Actitudes

9. Jerarquizar las conductas preventivas en los pacientes con factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares.
10. Comprender los objetivos terapéuticos sintomáticos de la disnea en etapa terminal

6. Unidad Temática: El paciente con soplo cardíaco y/o palpitaciones

Objetivos Teóricos

1. Interpretar el síntoma palpitaciones.
2. Conocer los hallazgos clínicos y la etiología de las valvulopatías derechas e izquierdas.
3. Identificar las imágenes angiográficas normales y patológicas.
4. Relacionar los hallazgos radiográficos y ecocardiográficos con la clínica de las valvulopatías principales.
5. Reconocer los hallazgos electrocardiográficos de los trastornos del ritmo cardíaco.

Habilidades y destrezas

6. Auscultar los ruidos cardíacos normales y patológicos e interpretar los hallazgos.
7. Auscultar los soplos sistólicos y diastólicos y sus modificaciones con maniobras
8. Analizar el ECG normal.
9. Analizar el ECG con trastornos del ritmo.

Actitudes

10. Investigar el componente funcional en todos los pacientes con sintomatología cardiovascular.
11. Valorar la importancia de los hallazgos en el examen físico.
12. Valorar la importancia y oportunidad de los exámenes complementarios en el paciente con un soplo cardíaco.
13. Valorar la importancia y oportunidad de los exámenes complementarios en el paciente con palpitaciones.

7. Unidad Temática: El paciente con cianosis central

Objetivos Teóricos

1. Relacionar el hallazgo de cianosis con transporte de O₂.
2. Explicitar los mecanismos de hipoxemia e inferir conductas terapéuticas.
3. Analizar un protocolo de gases en sangre arterial.
4. Visualizar Rx de tórax normales y patológicas.
5. Definir la Insuficiencia respiratoria.
6. Conocer la utilidad de la tomografía computada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) en el estudio de la patología respiratoria.



7. Interpretar un examen funcional respiratorio.

Habilidades y destrezas

8. Realizar la inspección, palpación, percusión y auscultación del tórax
9. Visualizar Rx de tórax.

Actitudes

10. Jerarquizar la oxigenoterapia con criterio científico y no como conducta instintiva.

8. Unidad temática: El paciente disnea de causa bronco-pulmonar

Objetivos Teóricos

1. Conocer la fisiopatología de la obstrucción bronquial y proyectar conductas terapéuticas.
2. Explicitar los hallazgos clínicos y Rx de un paciente con derrame pleural.
3. Ejercitar el diagnóstico diferencial clínico y radiológico de los síndromes pleurales.
4. Interpretar el análisis del líquido pleural.
5. Diagnosticar neumotórax.
6. Interpretar los hallazgos clínicos y radiológicos de un paciente con síndrome de condensación.
7. Interpretar los hallazgos clínicos y radiológicos de un paciente con compromiso intersticial.
8. Diagnosticar hipertensión pulmonar y sus etiologías
9. Planificar el estudio de un paciente con nódulo pulmonar.

Habilidades y destrezas

10. Realizar la semiología respiratoria e interpretar sus hallazgos.
11. Visualizar Rx de tórax

Actitudes

12. Desarrollar una actitud activa para el abandono del hábito tabáquico de los pacientes y los colegas.

9. Unidad temática: El paciente con sintomatología abdominal

Objetivos Temáticos

1. Realizar la anamnesis del síntoma dolor abdominal con criterio de diagnóstico diferencial.
2. Interpretar los hallazgos semiológicos de un paciente con dolor abdominal agudo.
3. Conocer la fisiopatología de la úlcera gastroduodenal e inferir conductas terapéuticas.
4. Interpretar el síntoma disfagia y planificar su estudio.
5. Conocer la utilidad e indicaciones de la FEDA (fibroendoscopia digestiva alta).
6. Visualizar Rx contrastadas del abdomen superior normales y patológicas.
7. Identificar el síndrome pilórico.



8. Interpretar el síntoma dispepsia.
9. Conocer la fisiopatología de la diarrea aguda y crónica e inferir conductas terapéuticas.
10. Identificar el síndrome de malabsorción.
11. Explicitar un algoritmo de estudio para un paciente con diarrea crónica.
12. Diagnosticar obstrucción intestinal.
13. Visualizar Rx de abdomen de un paciente con obstrucción intestinal.
14. Interpretar los hallazgos en el examen de materia fecal.
15. Identificar la hemorragia digestiva alta y baja.
16. Explicitar un algoritmo de estudio para el paciente con hemorragia digestiva.
17. Visualizar Rx simple y contrastadas del intestino delgado y grueso.

Habilidades y destrezas

18. Realizar la inspección, palpación, percusión y auscultación del abdomen.
19. Realizar la semiología de un paciente con obstrucción intestinal.

Actitudes

20. Desarrollar una actitud responsable frente al paciente con dolor abdominal crónico sin evidencia de daño orgánico.
21. Jerarquizar la anamnesis alimentaria como expresión de hábitos personales, culturales y sociales, así como del nivel socioeconómico de las personas.

10. Unidad Temática: El paciente con Ictericia

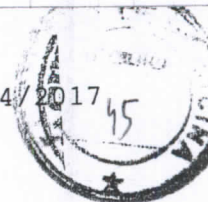
Objetivos Teóricos

1. Realizar el diagnóstico diferencial de un paciente con ictericia.
2. Interpretar la historia natural de las hepatitis virales.
3. Describir los síndromes pancreáticos.
4. Visualizar ecografías y TC abdominales.
5. Interpretar los exámenes de laboratorio de un paciente con hepatopatía.
6. Relacionar la fisiopatología de la hipertensión portal con los hallazgos clínicos.
7. Distinguir las manifestaciones clínicas y humorales de la insuficiencia hepática y proyectar conductas terapéuticas.
8. Interpretar los hallazgos del examen del líquido peritoneal.
9. Planificar el estudio de un paciente con colestasis extrahepática.

Habilidades y destrezas

10. Realizar la palpación del hígado, bazo y riñón.
11. Realizar la semiología de un paciente con ascitis.

ES COPIA
del original protocolizado



Actitudes

12. Identificar el alcoholismo agudo y crónico como un hábito destructivo de la persona, la familia y la sociedad.

11- Unidad Temática: El paciente con síntomas nefro-uritarios

Objetivos Teóricos

1. Interpretar los hallazgos del examen de orina normal y patológico.
2. Identificar el síndrome nefrítico y nefrótico.
3. Visualizar el Rx, ecografías y TC renales.
4. Planificar el estudio de un paciente con hematuria y proteinuria.
5. Conocer las indicaciones de la punción biopsia renal.
6. Conocer la fisiopatología de la insuficiencia renal y proyectar conductas terapéuticas.
7. Interpretar las alteraciones clínicas y humorales de la insuficiencia renal
8. Identificar e interpretar el hallazgo de poliuria.
9. Identificar e interpretar el hallazgo de oliguria.
10. Identificar el paciente con síndrome obstructivo de la vía urinaria
11. Explicitar los hallazgos clínicos y humorales de la infección urinaria alta y baja
12. Interpretar las alteraciones del metabolismo hidrosalino
13. Interpretar las alteraciones del metabolismo del potasio
14. Interpretar las alteraciones del metabolismo de los hidrogeniones

Habilidades y destrezas

15. Realizar la palpación del riñón.
16. Observar sedimentos de orina.
17. Visualizar el proceso de diálisis.

Actitudes

18. Desarrollar una actitud preventiva frente a los efectos nefrotóxicos de los fármacos.
19. Adoptar una actitud coherente con el concepto que el mejor riñón es el propio de cada persona.

13. Unidad Temática: El paciente con paresia o parálisis y/o trastornos de la sensibilidad o de la coordinación.

Objetivos Teóricos

1. Conocer la fisiopatología de la motoneurona y proyectar conductas terapéuticas.
2. Distinguir los síndromes de 1ª y 2ª neurona motora – Síndrome. Piramidal.
3. Diagnosticar el compromiso cerebeloso.
4. Interpretar las manifestaciones clínicas del paciente con trastornos de la coordinación.

ES COPIA
del original protocolizado



5. Identificar el síndrome extrapiramidal.
6. Reconocer imágenes en neurología.
7. Planificar una secuencia de estudios para el paciente con mareo y/o vértigo.
8. Diagnosticar una polineuropatía.

Destrezas y habilidades

9. Examinar los pares craneales.
10. Examinar el sistema motor.
11. Examinar la sensibilidad superficial y profunda.
12. Examinar la coordinación.
13. Examinar las funciones cerebrales superiores.
14. Reconocer el Síndrome meníngeo.

Actitudes

15. Colaborar activamente en proveer calidad de vida al paciente con deterioro neurológico.

14. Unidad Temática: El paciente con trastornos de la conciencia y alteración de las funciones cerebrales superiores.

Objetivos Teóricos

1. Conocer la fisiopatología del coma y proyectar conductas terapéuticas.
2. Jerarquizar los hallazgos clínicos de un paciente en coma, realizar el diagnóstico diferencial etiológico y fijar un pronóstico.
3. Identificar la utilidad de los potenciales evocados, el electromiograma y la electrofisiología. EEG.
4. Describir el síndrome de hipertensión endocraneana.
5. Identificar el síndrome autonómico.
6. Conocer la fisiopatología de la demencia e inferir conductas terapéuticas.
7. Identificar los síndromes demenciales y confusionales.
8. Visualizar TC y RM cerebrales.
9. Planificar una secuencia de estudio de un paciente con síndrome meníngeo.

Destrezas y habilidades

10. Realizar la semiología de un paciente en coma.
11. Realizar la evaluación de un paciente con alteración de las funciones cerebrales superiores.
12. Identificar el nivel de la conciencia
13. Realizar el examen general del paciente con compromiso neurológico

ES COPIA
del original protocolizado

LUCIANO ARIEL MARTINEZ



Actitudes

14. Desarrollar una actitud comprensiva y respetuosa frente al paciente con deterioro cognitivo.

15. Unidad temática: El paciente con pérdida o ganancia de peso

Objetivos Teóricos

1. Conocer la fisiopatología de la diabetes mellitus e inferir conductas terapéuticas.
2. Identificar los síndromes hipofisarios.
3. Planificar el estudio de un paciente con hallazgo de hipoglucemia.
4. Explicitar los hallazgos clínicos y humorales del paciente con dislipidemia.
5. Comprender la importancia del tejido adiposo como un órgano endócrino.
6. Seleccionar las pruebas funcionales para los síndromes hipofisarios.
7. Explicitar la fisiopatología de la pérdida y ganancia de peso.

Habilidades y Destrezas

8. Realizar la evaluación clínica del paciente con diabetes.
9. Visualizar TC y RM de hipófisis.

Actitudes

10. Identificar a la educación y el cuidado del paciente diabético como la estrategia más efectiva para la prevención de las complicaciones y mejoría de la calidad de vida.

16. Unidad Temática: El paciente con cambios morfológicos

Objetivos Teóricos

1. Explicitar los hallazgos de la hipo e hiperfunción suprarrenal
2. Identificar clínica y humoralmente la disfunción tiroidea e inferir conductas terapéuticas.
3. Explicar los hallazgos de la hipo e hiperfunción paratiroidea.
4. Seleccionar e interpretar las pruebas funcionales para los síndromes endocrinos.
5. Interpretar el hallazgo de hirsutismo o hipertrichosis y planificar su estudio.

Habilidades y destrezas

6. Realizar la palpación de la glándula tiroides e interpretar el hallazgo de un nódulo tiroideo.

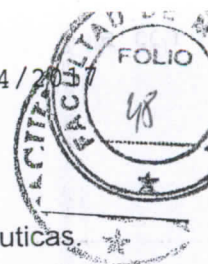
Actitudes

7. Adquirir una sistemática de pesquisa de cambios hormonales frente al paciente con cambios morfológicos.

17. Unidad Temática: El paciente con adeno-esplenomegalia y alteraciones hematológicas.

ES COPIA
del original protocolizado

LUCIANO ARIEL MARTINEZ
Intención Trámite



Objetivos Teóricos

1. Conocer la fisiopatología de las inmunodeficiencias e inferir conductas terapéuticas.
2. Conocer la fisiopatología de la hemopoyesis.
3. Explicitar un algoritmo diagnóstico para el paciente con anemia.
4. Interpretar el hallazgo de poliglobulia.
5. Definir adenomegalia y planificar su estudio.
6. Interpretar el hallazgo de esplenomegalia.
7. Conocer el síndrome mononucleósico.
8. Identificar los síndromes linfoproliferativos

Habilidades y destrezas

9. Realizar la palpación del bazo y de los grupos ganglionares linfáticos.

Actitudes

10. Adquirir una conducta activa como agente social en la prevención de la infección por HIV.

18-Unidad Temática: El paciente con púrpura

Objetivos Teóricos

1. Diagnosticar y describir los síndromes plaquetarios.
2. Realizar la evaluación de la hemostasia.
3. Interpretar el hallazgo de hipergammaglobulinemia.
4. Identificar el síndrome hemorragíparo y explicitar un algoritmo diagnóstico.
5. Identificar al paciente con trastornos de hipercoagulabilidad.
6. 6. Identificar los síndromes mieloproliferativos.

Habilidades y destrezas

7. Reconocer el síndrome vasculítico.
8. Visitar el servicio de medicina transfusional y visualizar el procesamiento de los hemoderivados.
9. Reconocer la púrpura trombocitopénica.

Actitudes

10. Asimilar el concepto que la mejor transfusión es la que no se hace.

5. EVALUACIÓN

Evaluación de Destrezas y Habilidades Semiotécnicas



Métodos de Evaluación:

Examen parcial teórico-práctico con la elaboración de la historia clínica de un paciente asignado, al finalizar un grupo determinado de unidades temáticas.

Aprobación:

Se alcanza con una asistencia del 80 % en los teóricos y en los prácticos y con la aprobación de la totalidad de los exámenes parciales de las unidades temáticas correspondientes.

La Evaluación está dirigida a comprobar que se han alcanzado los objetivos propuestos y que el alumno haya desarrollado las competencias clínicas necesarias.

Para rendir el Final de Medicina A se requerirán 10 (diez) Historias Clínicas visadas y aprobadas por los docentes de la Cátedra.

La evaluación final consiste en una evaluación oral teórico-práctica al pie de la cama con la realización de una Historia Clínica sobre la cual se evalúan los conocimientos adquiridos.

Características de la promoción

El alumno alcanza la condición de alumno regular en la Asignatura con el cumplimiento del 80% de la asistencia a los teóricos y prácticos.

Aprueba la Asignatura Medicina A cuando en el examen final obtiene 4 (cuatro) o más puntos sobre una calificación de 0 (cero) a 10 (diez)

6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Metodología

Modular semanal

Inserción

Se cursa en el 1° y 2° Cuatrimestre del año lectivo según la UDH que correspondiera.

Correlatividades

Para cursar y rendir Medicina A se requerirá la aprobación de Patología I, y tener regular (aunque a los fines prácticos beneficiosos para los alumnos sería tenerla aprobada) Microbiología II.

Oferta de la Materia

- La Asignatura Medicina A se cursa en el 1° o 2° segundo cuatrimestre de cada año (según la UDH), a lo que se agrega alguna cursada de verano y vespertina, de acuerdo a la demanda.
- Se dicta en la mayoría de las UDH de la Facultad de Medicina de la UBA.



Duración

685 horas distribuidas en Clases teóricas, prácticas y seminarios:

7. BIBLIOGRAFÍA

Se recomienda alguno de los siguientes textos (Semiología, signos, síntomas, historia clínica, síndromes, nociones de imágenes, electrocardiografía)

SEMIOLOGÍA MÉDICA. Fisiopatología, Semiología y Propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Horacio A. Argente y Marcelo E. Álvarez. Editorial Médica Panamericana. 1º Edición, 4º Reimpresión. 2009.

SEMIOLOGÍA Y MÉTODOS DE EXPLORACIÓN EN MEDICINA. Ciril Rozman. Editorial Salvat. 1

SEMIOLOGÍA, SEMIOTECNIA y MEDICINA INTERNA. Lucio Sanguinetti y col. López Libreros Editores. 1998.

SEMIOLOGÍA MEDICA FISIOPATOLÓGICA (grandes Síndromes Clínicos). Pedro Cossio, Juan Carlos Fustinoni, César A. Rospide. Editorial Eudeba. 8º Edición. 2014.

SEMIOLOGÍA MÉDICA Y TÉCNICA EXPLORATORIA. Suros. Semiología (de las enfermedades cardiovasculares). Caino-Sánchez. Editorial Médica Editorial Médica Panamericana. 8º edición. 2001.

GUÍA PROFESIONAL DE SIGNOS Y SÍNTOMAS. McGraw - Hill Interamericana.

PATOLOGÍA GENERAL SEMIOLOGÍA CLÍNICA Y FISIOPATOLOGÍA. J. García Conde y col. McGraw-Hill • Interamericana. 2º edición. 2004.

Felson. PRINCIPIOS DE RADIOLOGÍA DEL TÓRAX. Un texto programado. Laurence R. Goodman. McGraw-Hill/Interamericana de España. 2009.

ELECTROCARDIOGRAFÍA PRÁCTICA. D. Dubin. McGraw-Hill Interamericana. 3º Edición. 2013.

EL ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL Y PATOLÓGICO. Nociones de Vectocardiografía. João Tranchesi. Ed. Beta. 3ra. Edición.

Los grandes temas Fisiopatológicos se sugiere sean leídos de alguno de los siguientes textos:



HARRISON'S. Principles of INTERNAL MEDICINE - Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo, Ed. McGraw - Hill. 18 edition. August 11, 2011.

GOLDMAN'S CECIL MEDICINE, Lee Goldman, MD and Andrew I. Schafer, MD. Ed. Saunders. 24th Edition. 2012.

TRATADO DE MEDICINA INTERNA - CECIL Y GOLDMAN. Ed. Elsevier. 24° Edición. 2013.

DAVIDSON'S PRINCIPLES AND PRACTICE OF MEDICINE. Edited by Brian R. Walker, BSc MD FRCPE FRSE, Nicki R Colledge, BSc (Hons) FRCPE, Stuart H. Ralston, MD FRCP FMedSci FRSE and Ian Penman, BSc MD FRCPE. Churchill Livingstone Title, ELSEVIER. 22 Edition. 2014.

FARRERAS - ROSMAN. MEDICINA INTERNA. Ed. Ciril Rozman Borstnar y Francesc Cardellach. Editorial Elsevier. 17° Edición. 2012.

Artículos relacionados con Cronicidad y cuidados al final de la vida:

"Cuidados Paliativos: práctica social y educativa en el pregrado" Director Prof. Dr. De Vito Eduardo L Proyecto aprobado por Consejo Directivo, octubre 2013, Resoluciones CS 3652/11 y CD 2546/13 Práctica social educativa en Cuidados Paliativos.

Evaluación y manejo de la enfermedad crónica. Identificación de las necesidades comunes de pacientes con enfermedades crónicas. Edward H Wagener.

Wenk R, et al. Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. Med Paliat. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.11.002>

Gómez Batiste X Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos Med Clin (Barc).2010; 135(2):83-89

Capacitación en Cuidados Paliativos en el pregrado. Autor: Prof. Dr. Eduardo Luis De Vito Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. Universidad de Buenos Aires, Argentina, 2009. Presentado en las Jornadas Franco Argentinas de Cuidados Paliativos, 2007, Buenos Aires

R. Sean Morrison, M.D., and Diane E. Meier, M.D. Palliative care N Engl J Med 2004; 350:2582-90.

Prof. Dr. Juan E. Alvarez Rodríguez
SECRETARIO GENERAL

ES COPIA
del original protocolizado

LUCIANO ARIEL MARTÍNEZ
Jefe División Trámite



Se recomienda entrenarse en la lectura de algunos artículos de las siguientes Revistas de Medicina:

En Español: MEDICINA (BS. AS.)

En Inglés: The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE (NEJM), The LANCET, The BRITISH MEDICAL JOURNAL, etc.



ANEXO

INSTRUCTIVO PARA LA CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La siguiente constituye una guía para la confección de la historia clínica que los alumnos deberán realizar semanalmente durante el trabajo práctico. No pretende ser exhaustiva ni inmodificable y solo tiene un fin de orientación y orden en la recolección de los datos. La historia clínica deberá ser:

- manuscrita
- prolija y legible
- redactada de una manera lógica y organizada.
- completa e incluir:
 - o Datos personales
 - o Motivo de consulta o internación
 - o Enfermedad actual y sus antecedentes
 - o Antecedentes personales
 - o Examen físico
 - o Examen del estado mental
 - o Resumen semiológico
 - o Consideraciones diagnósticas
 - o Plan de estudios complementarios
 - o Consideraciones terapéuticas en relación al diagnóstico probable

1. Anamnesis

1.1. Datos personales.

1.2. Motivo de consulta o internación.

El motivo de consulta o internación tiene como finalidad dar, en pocas palabras, una orientación hacia el aparato o sistema afectado y la evolutividad del padecimiento. Se consignara así el signo, síntoma o síndrome que motivó la internación del paciente (NO una enfermedad) y su tiempo de evolución.

En algunos casos particulares, el motivo de internación podrá ser la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico y así podrá consignarse.

1.3. Enfermedad actual y sus antecedentes.

Así como en el motivo de consulta o internación debe ser sucinto y no aportar pormenores, en la enfermedad actual se recomienda la redacción precisa y en orden cronológico de todo el padecimiento del paciente, comenzando con las primeras manifestaciones de la enfermedad.

Las preguntas que habitualmente se formulan son:



- ¿Cuándo empezó a sentirse enfermo?
- ¿Cómo comenzó la enfermedad?
- ¿Con qué síntomas se presentó?
- ¿Cómo evolucionaron estos síntomas?
- ¿Es la primera vez que se presentan?
- ¿Tuvo algo parecido antes?
- ¿A qué atribuye su enfermedad?
- ¿Qué precedió al estado de enfermedad?
- ¿Realizó alguna consulta médica?
- ¿Qué exámenes complementarios se le efectuaron?
- ¿Qué diagnósticos se le realizaron?
- ¿Qué tratamiento recibió?
- ¿Qué repercusión general ha provocado la enfermedad?

1.4. Antecedentes personales.

1.4.1. Fisiológicos: parto, crecimiento y maduración. En la mujer se consignará la edad de la menarca, el ritmo menstrual, la fecha de la última menstruación, el comienzo de las relaciones sexuales, los embarazos, partos y lactancia.

1.4.2. Patológicos:

- Enfermedades de la infancia
- Enfermedades médicas: conviene preguntar, en primer lugar, por las consultas médicas realizadas a lo largo de la vida, cuáles fueron los diagnósticos efectuados y cuáles las medidas terapéuticas instituidas. Es útil, para evitar omisiones, interrogar sobre síntomas o diagnósticos correspondientes a los distintos aparatos o sistemas.
- Antecedentes alérgicos
- Antecedentes quirúrgicos y traumáticos
- Antecedentes psiquiátricos

1.4.3. De medio:

- Lugar de nacimiento y posteriores lugares de residencia: casa habitación, escolaridad, ocupación, núcleo familiar.

1.4.4. Hábitos:

- Alimentación
- Intolerancias alimentarias
- Apetito
- Catarsis intestinal
- Diuresis



- Sueño
- Bebidas alcohólicas
- Infusiones
- Tabaco
- Drogas
- Medicamentos
- Hábitos sexuales
- Actividad física

1.5. Antecedentes hereditarios y familiares.

Se intentará averiguar sobre las enfermedades que pueden presentar una transmisión genética, en particular las metabólicas y las cardiovasculares. Se preguntará sobre la edad de los padres y hermanos, y la edad y causa de la muerte, en caso de que hayan fallecido. Se construirá un esquema de la línea genealógica directa de padres a hijos del enfermo, incluidos los hermanos y el cónyuge (genograma). Es necesario investigar siempre en la línea directa y en los principales colaterales enfermedades como: diabetes, obesidad, gota, tuberculosis, enfermedades hereditarias, neoplasias, aterosclerosis, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, enfermedades alérgicas y enfermedades del colágeno.

2. Examen Físico

2.1. Impresión general.

- Estado de conciencia
- Actitud o postura
- Decúbito
- Hábito constitucional
- Facies
- Estado de nutrición
- Estado de hidratación

2.2. Sistema tegumentario (piel y faneras).

Se describirán los cambios de color, tumoraciones, cicatrices u otros elementos dermatológicos. Se observará asimismo la temperatura, la humedad y el trofismo cutáneos. Se describirán las faneras (cabello, vello corporal y uñas) y sus alteraciones.

2.3. Sistema celular subcutáneo.

Está constituido por el tejido adiposo y su signo patológico más conspicuo es el edema. Otros hallazgos son los nódulos, los tofos gotosos, los lipomas y los quistes sebáceos.

2.4. Sistema linfático.



Los grupos ganglionares más accesibles son: los de la cadena carotídea, en el cuello, los de la nuca, los supraclaviculares, los axilares, los epitrocleares y los inguinales. En caso de existir adenopatías, se describirán con detalle sus características semiológicas.

2.5. Sistema venoso superficial.

Se inspeccionará el trayecto de las venas superficiales y se prestará especial atención a la búsqueda de dilataciones (várices), trombosis y signos de inflamación (flebitis), así como también a la presencia de trayectos venosos anómalos (circulación colateral).

2.6. Sistema osteoarticulomuscular.

En los *huesos* se deben observar modificaciones de la forma y asimetrías, así como la sensibilidad a la presión.

En las *articulaciones* deberá evaluarse su movilidad activa y pasiva y la presencia de dolor y deformaciones.

Los *músculos* pueden ser tomados en conjunto y se estudian el tono, la fuerza, el trofismo y los movimientos activos y pasivos.

2.7. Cabeza.

Se observarán los diámetros longitudinales y transversales (tipo de cráneo). Se estudian los pabellones auriculares y los ojos y sus anexos, las fosas nasales, los labios y la cavidad bucal, el grado de higiene y conservación de las piezas dentarias, la lengua, la mucosa yugal, las amígdalas y las fauces.

2.8. Cuello.

Se observará su simetría y la presencia de edema, tumoraciones, latidos, ingurgitación yugular y fístulas. La palpación general del cuello permitirá detectar crepitaciones (enfisema subcutáneo), adenopatías, bocio, latidos, frémitos y craqueo laríngeo. Para evaluar la movilidad cervical se realizarán maniobras de motilidad activa y pasiva: flexión, extensión, lateralización y rotación. La auscultación permitirá detectar soplos carotídeos y sobre la glándula tiroides.

2.9. Tórax.

En el tórax se examinan los aparatos respiratorio y circulatorio.

-Aparato respiratorio

En la **inspección** se consignará: conformación torácica, asimetrías, latidos y tumoraciones; tipo respiratorio; frecuencia respiratoria; profundidad respiratoria.

En la **palpación** se buscarán cambios de temperatura, nódulos y puntos dolorosos, y se explorará la expansión de los vértices y bases pulmonares, la elasticidad del tórax y las vibraciones vocales.



En la **percusión** se evaluará la presencia de sonoridad, matidez o submatidez en las distintas regiones. Se estudiará la excursión de las bases pulmonares y se percutirá la columna. En la **auscultación** se estudiarán los ruidos respiratorios normales en las distintas regiones (murmullo vesicular y respiración broncovesicular) y la aparición de ruidos agregados (estertores, frotos, etc.). Se realizará también la auscultación de la voz.

-Aparato circulatorio

En la **inspección** se observarán latidos localizados y generalizados.

En la **palpación** se percibirán latidos, frémitos o frotos.

La **percusión** carece de aplicación práctica.

En la **auscultación** se escucharán los ruidos normales y patológicos, los silencios y los soplos.

El examen de los pulsos periféricos (carotídeo, radial, femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio) se puede realizar en este momento, así como la determinación de la tensión arterial.

2.10. Abdomen.

En la **inspección** se observarán la simetría y la presencia de cicatrices, circulación colateral y latidos.

La **palpación** comenzará con la "mano de escultor" de Merlo; luego se tomarán el tono, la tensión y el trofismo de los músculos; La palpación profunda y las maniobras específicas permitirán examinar las vísceras huecas (marco colónico) y los órganos sólidos (hígado, bazo y riñones).

La **percusión** es útil para el diagnóstico de la ascitis.

Mediante la **auscultación** se registrará la presencia o ausencia de ruidos hidroaéreos.

2.11. Aparato genital.

En el hombre se palpan los testículos y los epidídimos. La próstata se puede palpar mediante el tacto rectal. En la mujer, el tacto vaginal es el que permite la investigación del útero y los anexos. Se realizará además el examen de las mamas.

2.12. Sistema nervioso.

Se deben investigar:

- las funciones cerebrales superiores (psiquismo y lenguaje)
- la marcha
- la motilidad activa (fuerza muscular y reflejos)
- la motilidad pasiva (tono y trofismo)
- la presencia de movimientos anormales
- la sensibilidad superficial y profunda
- la coordinación estática y dinámica
- los pares craneanos



3. Examen Del Estado Mental

- Se deben examinar:
- aspecto, actitud y la conducta
- atención y concentración
- memoria
- orientación
- nivel de inteligencia
- claridad de conciencia
- senso-percepción
- afectividad y estado de ánimo predominante
- pensamiento y lenguaje
- capacidad de introspección y juicio de realidad

4. Resumen Semiológico

Está constituido por los datos positivos de la anamnesis y del examen físico. Cumple una doble finalidad; por un lado es una historia clínica abreviada de fácil y rápida lectura, y por el otro, sirve de base para las consideraciones diagnósticas. Es conveniente presentarlo como listado.

5. Consideraciones diagnósticas y plan de estudios y tratamiento.

Se fundamentan en los síndromes clínicos que surgen de los signos y síntomas recogidos a través de la anamnesis y del examen físico. Sobre la base de estos síndromes se hacen disquisiciones sobre diagnósticos diferenciales y se arriba a uno o más diagnósticos presuntivos (anatómico, funcional o etiológico). Estos últimos orientarán el plan terapéutico inicial y los estudios complementarios necesarios para alcanzar el diagnóstico definitivo.

Son consideradas como la parte más importante de la historia clínica; en ellas se resumen toda la habilidad y el conocimiento del médico para la realización de una anamnesis, un examen físico y del estado mental adecuados ("los malos diagnósticos suelen ser buenos razonamientos sobre hechos mal observados").